UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1956 - N° 100

REMARQUES
sur la symptômatologie particulière des Ulcères de la face postérieure de l'Estomac

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 16 Juillet 1956

PAR

DANIEL-MARIE HUE

Né le 29 Mai 1929, à Bordeaux (Gironde)

Examinateurs de la Thèse :

MM. AUBERTIN, Professeur ..... *Président.*
DUFOUR, Professeur ..... } *Juges*
LAVIGNOLLE, Agrégé ..... } *Juges*
RIVIÈRE J., Agrégé ..... } *Juges*

Bordeaux
Imprimerie E. TAFFARD
6, rue Métivier
—
1956

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547307_0093

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1956 - N° 100

REMARQUES
sur la symptômatologie particulière des Ulcères de la face postérieure de l'Estomac

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 16 Juillet 1956

PAR

DANIEL-MARIE HUE

Né le 29 Mai 1929, à Bordeaux (Gironde)

Examinateurs de la Thèse :

MM. AUBERTIN, Professeur ..... *Président.*
DUFOUR, Professeur .....
LAVIGNOLLE, Agrégé ..... *Juges*
RIVIÈRE J., Agrégé .....

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Bordeaux
Imprimerie E. TAFFARD
6, rue Métivier
—
1956

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyens honoraires MM. DUPÉRIÉ, CHELLE, PORTMANN.
Doyen : M. SIGALAS. — **Assesseur :** M. TAYEAU

Professeurs honoraires :
MM. A. MANDOUL, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET. PERRENS, BEAUVIEUX, CREYX, MAURIAC.

Professeurs :

	MM.
Clinique médicale	DE GRAILLY. / BROUSTET.
Clinique chirurgicale	PAPIN. / MASSÉ.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.
Clinique gynécologique	MAGENDIE.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	N.
Anatomie	DUFOUR.
Anatomie générale et histologie	MAYER.
Hygiène et clinique de la tuberculose	PIÉCHAUD.
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE.
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	REBOUL.
Chimie	MESNARD.
Matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	VITTE.
Physiologie	FABRE.
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN.
Zoologie et parasitologie	SIGALAS.

	MM.
Pathologie générale et expérimentale	SARIC.
Clinique ophtalmologique	BESSIÈRE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	POUYANNE.
Clinique médicale et des maladies infectieuses	AUBERTIN.
Chimie biologique et médicale	TAYEAU.
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT.
Médecine et hygiène tropicales et Clinique des maladies exotiques	BONNIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA.
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET.
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU.
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Botanique et cryptogamie	GIRARD.
Thérapeutique	F.-J TRAISSAC.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	DUBARRY.
Carcinologie	LACHAPÈLE.

Professeur à titre personnel :
M. BLANQUET (Section Pharmacie).

Professeurs sans chaire :
MM. MAHON (Obstétrique), PAUTRIZEL (Parasitologie), Mlle ROUGIER (Physiologie), M. MOUSTARDIER (Bactériologie)
M. CAZAUX (Pharmacie 3e Section)

Maîtres de Conférences Agrégés

	MM.
Anatomie pathologique	LÉGER.
Anatomie	RIGAUD. / CABANIÉ.
Biochimie médicale	NEUZIL.
Pathologie expérimentale	FAURE.

	MM.
Physique médicale	DUHAMEL.
Pharmacie (1re section)	R. GOLSE. / ROMAIN.
Pharmacie (2e section)	MASQUELIER. / QUILICHINI.

Chargé des Fonctions de Maître de Conférences Agrégé :
M. STOLL (Histologie).

Agrégés en Exercice :

	MM.
Médecine générale	BERGOUIGNAN. / LENG-LEVY. / MORETTI. / LAVIGNOLLE. / MARTIN-DUPONT. / DAVID-CHAUSSÉ. / J. RIVIÈRE.
Chirurgie générale	LAUMONIER. / CHAVANNAZ. / VILLAR. / TINGAUD. / DE PAULIS. / DARMAILLACQ.

	MM.
Obstétrique	CHASTRUSSE. / FAUGÈRE.
Ophtalmologie	CORCELLE.
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS. / M. PORTMANN.
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT.
Pédiatrie et puériculture	VERGER.
Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE.
Odonto-Stomatologie	BENOIT.
Urologie	LANGE.
Neurologie et Psychiatrie	BLANC.
Pneumo-Phtisiologie	FREOUR.

Cours Complémentaires :

	MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER.
Accouchements	CHASTRUSSE. / FAUGÈRE.
Puériculture	VERGER / PÉRY.
Législation pharmaceutique	COUSTOU.
Cryptogamie	LAUBIE.
Obstétricie so iale	MAHON.
Organographie et physiologie végétale	TEMPÈRE.
Chimie biologique analytique	MARQUEVIELLE.
Chimie analytique	BABIN.
Pathologie chirurgicale	VILLAR. / CHAVANAZ. / TINGAUD. / LAPORTE. / DARMAILLACQ.

	MM.
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER.
Physiologie	BENELLI.
Toxicologie et hygiène	Mlle LARCEBEAU.
Phytopharmacie	CORTESI.
Droit médical international	AUBY.
Médecine légale	L'ÉPÉE.
Séméiologie médicale	LAVIGNOLLE.
Séméiologie chirurgica'e	DEPAULIS.
Embryologie	STOLL.
Pathologie médicale	BERGOUIGNAN. / LEVY. / MORETTI. / DAVID-CHAUSSÉ. / RIVIÈRE. / MARTIN-DUPONT.

Le Secrétaire Principal de la Faculté : M. GAYRAUD.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

Je dédie ce travail

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

Qu'il trouve ici toute mon admiration et ma gratitude ainsi que le fruit de longues années de dévouement et de sacrifices.

A MA FEMME

A MA SŒUR

En récompense de tant de dévouement.

A MON FRERE ET A TOUTE MA FAMILLE

A MES BEAUX-PARENTS

En gage d'affection.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUVIAU

Qui a guidé et conseillé mes premiers pas dans cette profession qu'il m'a appris à aimer.

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTE DE BORDEAUX

A TOUS MES CAMARADES D'ETUDE

A NOS JUGES

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN RIVIERE

AGRÉGÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
MÉDECIN DES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR A. LAVIGNOLLE

AGRÉGÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
MÉDECIN DES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUFOUR

PROFESSEUR D'ANATOMIE
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE
CHEVALIER DU MÉRITE MARITIME
MÉDAILLE D'HONNEUR DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUBERTIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE ET DES MALADIES INFECTIEUSES

MÉDECIN DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE 1914-1918

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

CHEVALIER DE L'ORDRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

I

INTRODUCTION

L'ulcère de la face postérieure de l'estomac a souvent fait l'objet d'études et de descriptions antérieures. Aussi n'avons-nous pas l'ambition de faire figure de novateur quant à son existence, ses aspects radiologiques et gastroscopiques. Mais, nous nous proposons ici de montrer les aspects cliniques particuliers de ces ulcères de la face postérieure de l'estomac, par rapport au syndrome ulcéreux classique. Il nous semble que ce point particulier a trop souvent été omis et même ignoré. Nous nous efforcerons donc de rassembler quelques signes cliniques particuliers de cette localisation ulcéreuse.

Le Docteur Duviau a mis à notre disposition toutes ses observations et ses radiographies, et nous a fait bénéficier de son expérience. Qu'il trouve ici toute notre reconnaissance.

Nous prions Monsieur le Professeur Aubertin de bien vouloir agréer l'expression de notre gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en présidant cette thèse et en nous communiquant quelques unes de ses observations personnelles.

II

HISTORIQUE

Bien que vivant à une époque où les chiffres sont rois, nous nous efforcerons d'en donner le moins possible, persuadé de leur relativité et de leur mobilité par rapport à un examen plus ou moins bien conduit, au moyen de diagnostic et au siège exact de la lésion.

L'histoire de cette localisation commence avec celle de la maladie ulcéreuse et les statistiques relatives à la fréquence des ulcères de la face postérieure sont très variables. Notons cependant qu'au début, les vérifications étaient purement anatomiques. Elles devinrent par la suite radiologiques. Beaucoup d'auteurs considéraient d'autre part les ulcères du versant postérieur de la petite courbure. Nous trouvons les pourcentages suivants :

Welch	en 1885	29,6	%
Bouveret	en 1893	40	%
Albrecht	en 1930	17	%
Moutier	en 1935	21,25	%
Gutman	en 1939	1	%
Hillemand	en 1945	11,2	%
Hillemand	en 1956	12	%

Récemment, plusieurs thèses ont été consacrées à cette étude ; citons entre autres :

Malvezin	Paris	1938
Coste	Lyon	1943
Ponnet	Lyon	1944
Etcheverrigaray	Bordeaux	1945
Denecker	Lille	1947

III

RAPPEL D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE

Avant d'aller plus avant, nous ferons un bref rappel des rapports de la face postérieure de l'estomac, de sa vascularisation et de son innervation. Orientée en arrière et en bas, elle contracte des rapports étroits avec les organes voisins.

— sa partie supérieure tubérositaire s'applique directement, c'est-à-dire sans l'intermédaire du péritoine, contre la paroi abdominale postérieure formée à ce niveau par le diaphragme, auquel elle adhère normalement par un tissu fibreux dense, constituant la région fixe de l'estomac.

— ses deux tiers inférieurs répondent à la partie gauche ou arrière de la cavité proprement dite de l'arrière cavité des épiploons. Celle-ci est en effet divisée en deux cavités secondaires par la faux (soulèvement du péritoine pariétal postérieur) de l'artère coronaire stomachique en haut, et la faux de l'artère hépatique en bas. La fente comprise entre les deux faux est le « foramen bursae omentalis ». C'est donc par l'intermédiaire de la partie comprise entre la faux de la coronaire stomachique à droite et la grande courbure reliée à la face interne de la rate à gauche, que la face postérieure répond successivement : au pilier gauche du diaphragme, à la rate, à la capsule surénale et au pôle supérieur du rein gauche, au

corps et à la queue du pancréas, aux vaisseaux spléniques et mésentériques supérieurs et, dans sa partie inférieure, au mésocolon transverse.

Notons enfin les rapports contractés avec le plexus solaire :

Le ganglion semi-lunaire à gauche est suspancréatique et répond à la portion rétrogastrique de l'arrière cavité des épiploons. A droite, la partie inférieure du ganglion semi-lunaire est rétropancréatique.

Le pneumogastrique postérieur ou droit, en gagnant le plexus solaire, émet des rameaux gastriques qui glissent sous la séreuse et se divisent en branches, disparaissant dans les tuniques gastriques.

Le plexus solaire envoie, par l'intermédiaire des vaisseaux (plexus périvasculaire) de nombreux filets nerveux à la face postérieure de l'estomac.

Du cercle artériel, formé par les artères pylorique, coronaire, stomachique, gastro-épiploïques, droite et gauche, naissent des branches qui descendent et se ramifient sur la face postérieure.

Au point de vue physiologique, nous rappellerons simplement que l'antre et la petite courbure qui sécrète le suc peptique sont alcalins alors que le fondus qui sécrète l'acide chlorhydrique est acide. La poche à air est truffée par endroit d'îlots de glandes à mucus, à réaction alcaline.

IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

SIEGE.

Nous éliminerons les ulcères siégeant sur le versant postérieur et la petite courbure, ainsi que les ulcères du cardia et du pylore, pour nous occuper des lésions siégeant uniquement en pleine face postérieure. Déjà Mayo, en Amérique, considérait comme suit la localisation des ulcères sur la face postérieure :

Tiers supérieur.	16,50 %
Tiers moyen	75,30 %
Tiers inférieur	8,20 %

Nemours-Auguste signale qu'on le trouve surtout dans la région médiogastrique à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen.

Ledoux-Lebard et Garcia Calderon les appellent « ulcères sous-tubérositaires ». Mais, il en existe aussi sur la grosse tubérosité, ainsi que sur la face postérieure de l'antre.

DIMENSION.

Elle est très variable, mais en général les ulcères postérieurs sont de grande dimension. Les ulcères géants sont nombreux. Chaque fois que nous avons pu le vérifier anatomique-

ment, nous avons constaté une lésion étendue. Chaumerliac et Lataix ont même rapporté le cas d'un ulcère géant, occupant toute la largeur de la face postérieure de l'estomac et la petite courbure, avec des adhérences au lobe gauche du foie et à la partie gauche du colon transverse.

NOMBRE.

Plusieurs cas d'ulcères doubles ont été publiés. Nemours-Auguste notamment, a mentionné à la Société d'Electroradiographie de France un cas de double ulcère de la face postérieure de l'estomac. Nous l'avons, par contre, assez souvent rencontré associé à un ulcère d'une autre partie de l'estomac.

ASPECT ENDOSCOPIQUE.

Nous n'avons pas personnellement pratiqué d'examen endoscopique, mais Moutier, dans son remarquable traité de gastroscopie, les décrit comme « une perte de substance, arron« die ou ovulaire, extrêmement profonde, revêtant de leur « sclérose les acini pancréatiques ».

EVOLUTION.

L'évolution de ces ulcères est longue ; elle se caractérise principalement par l'adhérence qu'ils contractent avec les organes voisins, et leur tendance érosive.

Dans sa thèse, Malvezin rapporte que souvent les ulcères tubérositaires finissent par se perforer.

Les ulcères sous-tubérositaires s'ouvrent sur la face antérieure du pancréas à laquelle ils se fixent par un feutrage épais et qu'ils érodent même. Ainsi se forme une sorte de gangue périviscérale et l'on comprend dès lors que l'irritation directe et à distance de tous les filets voisins du plexus solaire et du vague, provoque des crises douloureuses atroces. Les

artères, de même, sont souvent atteintes et les hémorragies ne sont pas rares.

Dans le tiers inférieur de la face postérieure, on note aussi une adhérence aux organes sous-jacents. Les accolements avec le mésocolon transverse se rencontrent parfois.

Ainsi, en dehors de cette tendance à creuser, l'ulcère de la face postérieure est caractérisé par les adhérences nombreuses qu'il contracte, modifiant ainsi profondément la topographie et créant une symptômatologie complexe et sensiblement différente.

On peut donc dire que l'ulcère de la face postérieure détruit et construit ; il acquiert par là une traduction clinique particulière.

COMPLICATIONS.

— l'hématémèse et le mœlena ne sont pas plus fréquents que dans les autres localisations ulcéreuses.

— la perforation se produit en péritoine cloisonné, du fait des adhérences contractées ; encore faut-il que l'ulcère soit tubérositaire ou au-dessous du pancréas.

— la dégénérescence maligne existe ; nous l'avons, quant à nous, rencontrée deux fois.

V

QUELQUES NOTIONS DE RADIOLOGIE

De nombreux auteurs et, en particulier, Ledoux-Lebard et Garcia Calderon en 1937, ont exposé la technique radiologique particulière à l'examen de cette localisation ulcéreuse.

La difficulté du diagnostic radiologique est certaine, mais il faut savoir qu'un examen radiologique gastrique doit, plus que tout autre, être toujours rigoureux et systématique et avoir une rigueur scientifique, bien qu'un esprit clinique doive toujours y présider.

Un examen gastrique, surtout lorsqu'on soupçonne un ulcère de la face postérieure, doit commencer par un examen radioscopique de l'œsophage : on juge ainsi la progression de la bouillie barytée et la présence réelle ou non d'un méga-œsophage réactionnel, dû à un cardiospasme provoqué par la lésion gastrique. Puis l'attention doit ensuite se porter sur la progression de la bouillie dans l'estomac. Les premières gorgées avalées permettent de déceler une éventuelle biloculation gastrique ou un accrochage de la bouillie à une certaine hauteur. Le temps radioscopique est capital pour juger de la mobilité gastrique, de la persistance d'une encoche sur la grande courbure, du franchissement du pylore et de la déformation antrobulbaire. L'examen radioscopique terminé, on prend alors un cliché de face debout, en oblique antérieur droit qui dégage la petite courbure et fait souvent apparaître

une niche postérieure, en décubitus et en procubitus. Parfois, selon le contexte radioscopique, on prend un cliché terminal debout ou en position de Tendelembourg.

Sur le cliché en décubitus surtout, et parfois sur les clichés de face et en procubitus, la lésion se présente comme une pastille plus ou moins régulière, contrastant toujours par son intensité avec la grisaille générale de la bouillie barytée. La convergence des plis vers cette tache est, comme l'ont fait remarquer Nemours-Auguste et Porcher, un signe radiologique essentiel (permettant même parfois de découvrir une lésion jusque là inaperçue).

Nous ne ferons que citer les diagnostics différentiels faciles que l'on peut évoquer :

— diverticule gastrique,
— néoplasme gastrique.

Rappelons qu'il est radiologiquement possible de faire le diagnostic de perforation dans le pancréas. Pour Baumel et Godlewski, les signes principaux sont :

1°) La niche : en général constante, est située à cheval sur la face postérieure et la portion verticale de la petite courbure ; il s'agit souvent d'une niche moyenne mais profonde, souvent complètement pleine, sans niveau liquide, mais donnant vraiment l'impression de s'enfoncer très loin en arrière. Le fond de cette niche peut donner des renseignements importants.

La niche pointue « en sifflet » ou « en ergot », est souvent perforante ; il existe aussi une « margelle » ou une « banquette » au niveau du passage pancréatique.

L'aspect est parfois seulement tortueux en raison du défilé pénétrant, le trajet pouvant d'ailleurs paraître réduit par le colmatage du fond de la niche, par des substances organiques ou alimentaires.

2°) Les alentours de la niche : Une telle modification entraîne une certaine fixité du segment ulcéreux, mais cette fixité

n'est pas absolue et il n'existe pas forcément une rectitude apparente de la petite courbure, car le pancréas a lui-même une certaine mobilité verticale.

Ces auteurs préconisent, pour un tel examen, une position intermédiaire, à demi inclinée, franchement de front et en oblique.

OBSERVATIONS

communiquées par Monsieur le Professeur Aubertin

OBSERVATION I (inédite)

Madame C... Jeanne-Marie, 52 ans, vient à la consultation le 28 Octobre 1952, souffrant depuis un mois de douleurs survenant deux heures après les repas et caractérisées par des ballonnements, des lourdeurs, des crampes, cessant spontanément en une à deux heures. Ces crises revenaient également la nuit, 4 heures après le repas du soir. La malade réduisit son alimentation de peur de souffrir. Elle maigrit en conséquence. Constipation. Malade en pleine ménopause, avec bouffées de chaleur, oppression, insomnies, crises de sueur.

Un premier examen radiographique pratiqué aussitôt ne révéla pas de lésion ulcéreuse de l'estomac ni du bulbe, mais une sensibilité de la région vésiculaire. La malade fut traitée pour des troubles dyspeptiques d'origine vésiculaire. Les troubles dyspeptiques cessèrent vite, mais les perturbations d'origine ménopausiques continuèrent.

La malade revint à la consultation le 6 Janvier 1953, le 8 Avril 1953, et le 17 Février 1955, se plaignant de malaises divers : troubles vasomoteurs, douleurs de la nuque, algies multiples, bouffées de chaleur, insomnies, etc... Mais elle ne parla pas de son estomac.

Le 20 Février 1956, elle revint, se plaignant de souffrir à nouveau de l'estomac, de 3 à 4 heures après les heures de repas. Elle éprouvait des sensations de crampes profondes, à irradiations postérieures, assez pénibles au point qu'elle craignait de manger, bien qu'elle eut, cependant, très faim. Ses douleurs duraient presque jusqu'au repas suivant, mais cessaient un peu avant celui-ci. La malade avait beaucoup maigri. Constipation.

Un nouvel examen radiographique fait par le Docteur Duviau révéla un ulcus de la paroi postérieure sous forme d'une tache blanche arrondie, avec convergence des plis et siégeant près de la grande courbure. Cette image ne se voit qu'en couchés minces et sur le cliché en position debout.

La malade est en cours de traitement par peptone de caséine intraveineuse et l'oxyferriscorbone.

Estomac en oblique trois quarts.

Estomac en décubitus.

Examen radiologique :

1°) Radioscopie.

Traversée œsophagienne normale, cardia souple ; pas de présence de liquide de stase. On note une butée pylorique, puis la traversée duodénale est normale.

2°) Radiographie.

On note la présence d'un ulcère de la face postérieure de l'estomac et une bulbo-duodénite œdémateuse.

OBSERVATION II (inédite)

Madame B... A., 50 ans, Biscarosse. Le 8 Février 1954 vient à la consultation parce qu'elle éprouve depuis deux semaines des troubles digestifs assez vagues ; ballonnements après les repas, lourdeurs, impression de digestion lente et difficile. Elimine quelques gaz et se trouve soulagée. Pas de nausées. A maigri un peu. Elle n'avait jamais souffert de l'estomac jusque là. Est constipée. On pense à une dyspepsie réflexe par cholécystite chronique avec aérophagie chez une femme en cours de ménopause, qui présente par ailleurs des bouffées de chaleur, des palpitations, des crises de sueur. Les malaises digestifs persistant, on pratique un examen radiographique qui révèle au Docteur Duviau l'existence d'un gros ulcus de la face postérieure de l'estomac. Est soignée par des injections de Strapolysats III. Mais la malade présente un tel déséquilibre nerveux qu'il est bien difficile de savoir si ses troubles digestifs ont été améliorés ou non. N'a pas été revue depuis le 21 Juillet 1954.

Examen radiologique :

1°) Radioscopie.

Traversée œsophagienne normale. On note un léger cardio-spasme. Estomac allongé, distendu, engainé par des gaz coliques. La palpation des parois de l'estomac décèle une zone douloureuse haute ; à ce niveau, la bouillie barytée reste comme attachée aux parois qui sont souples.

2°) Radiographie.

On note la présence d'un ulcère de la face postérieure de l'estomac « en forme d'étoile de mer », avec une réaction antro-pyloro-duodénale.

Estomac de face debout.

Estomac en oblique trois-quarts.

OBSERVATION III (inédite)

Monsieur A... André, 62 ans, avait en 1951, par période, des douleurs épigastriques survenant deux heures après les repas et cessant après une élimination de gaz. Constipation. Sensibilité de la région cœco-appendiculaire.

Un examen radiographique pratiqué par le Docteur Duviau montra, en fin 1951, un ulcus postérieur de la région sous-cardiale.

Le malade fut traité par stapolysats III, puis par l'oxyferriscorbone.

Le Professeur Dufour pratiqua, en fin 1951, une opération de Dragstedt.

Depuis cette époque, le malade ne souffrit plus, mais présenta encore des manifestations d'aérophagie.

Des radiographies de contrôle pratiquées par le Docteur Duviau, en Juin 1952, montrèrent la normalisation de la région antérieurement ulcéreuse.

Examen radiologique :

1°) Radioscopie.

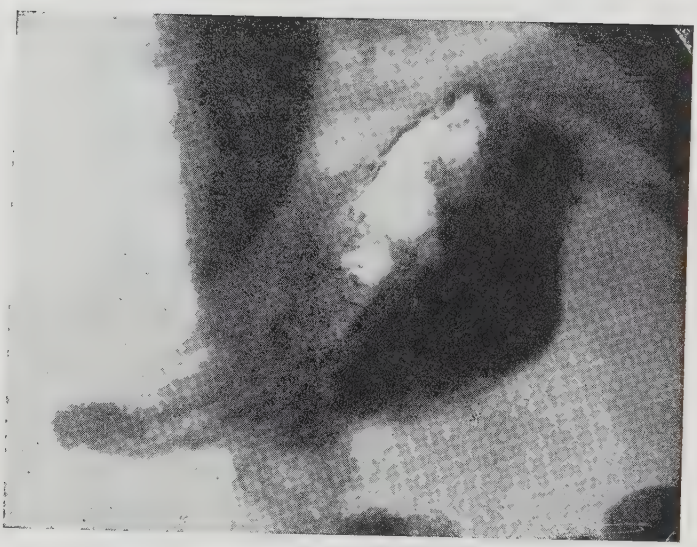
La traversée œsophagienne est normale ; à peine a-t-elle franchi le cardia que la bouillie barytée s'arrête pendant deux minutes comme suspendue. Il y a une véritable striction médiogastrique. Puis la bouillie barytée s'engage dans un véritable défilé pour tomber dans le bas-fond qui se remplit bien. Les parois sont souples ; la palpation à ce niveau est douloureuse.

2°) Radiographie.

On note la présence d'un gros ulcère de la face postérieure.

Estomac en décubitus.

Estomac de face debout.



Estomac en procubitus.

OBSERVATIONS

communiquées par le Docteur Duviau

OBSERVATION IV (inédite)

Madame MOR.., 42 ans, bouchère, vient consulter le 23 Mai 1956 pour un syndrome gastrique diffus remontant à Noël dernier.

Jusqu'à cette période là (Décembre 1955), elle n'a jamais présenté d'histoire gastrique ni de phénomènes dyspeptiques quelconques. On notait simplement une constipation chronique depuis son jeune âge.

Aux environs de Noël, elle a commencé à éprouver une sensation de ballonnement gastrique et de gêne épigastrique, parfois de pesanteur, sans horaire fixe, sans périodicité. Elle présentait aussi des éructations nombreuses après les repas et certaines de ces éructations revêtaient un caractère douloureux, mais elles n'étaient jamais suivies de sialorrhée ou de vomissements aqueux ou bilieux.

Elle consulte son Médecin traitant, dix jours environ après l'apparition de ces phénomènes ; il prescrit des poudres alcalines et des antispasmodiques.

Très vite, après ce début à caractère aérophagique, s'installe une perte de l'appétit et un très gros amaigrissement.

En Février, cette malade commence à souffrir de douleurs postérieures qu'elle situe « au milieu du dos », survenant à n'importe quel moment de la journée, mais plus intenses dans la position de décubitus total. Ces douleurs ne sont pas calmées par l'absorption d'aliments, mais au contraire, la malade ne s'alimente plus pour ne plus souffrir. L'amaigrissement s'accentue et la malade cesse toute activité ; elle décide alors de venir consulter un Spécialiste.

Examen :

Femme très amaigrie (9 kgs en 6 mois), les traits tirés, très fatiguée.

— T.A. : 11,5 - 6, légère tachycardie.

— Appareil pulmonaire : R.A.S.

— Réflexes normaux.

— Murphy légèrement sensible.

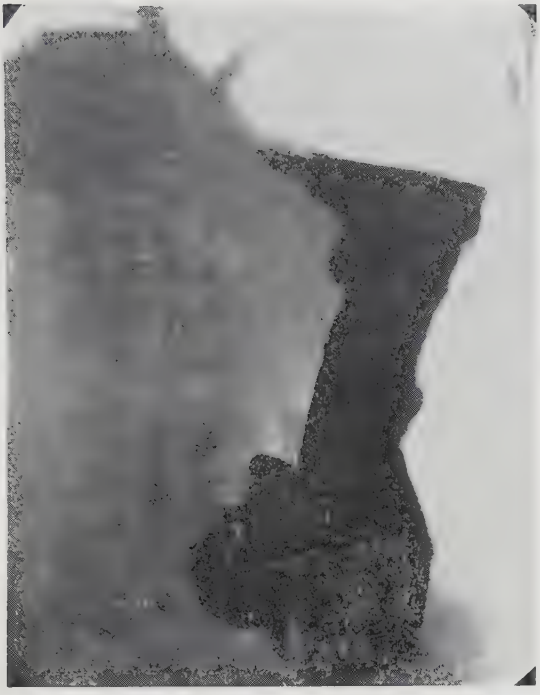
— La palpation du creux épigastrique révèle une douleur importante , constante dans la position de décubitus latéral gauche.

— Colon droit : Stase cæcale.

Examen radiologique :

1°) Radioscopie :

Traversée œsophagienne normale, cardia souple facilement franchi par la bouillie barytée. Estomac hypotonique, allongé, distendu. Poche à air importante ; pas de présence de liquide de



Estomac en oblique trois-quarts.

Estomac en procubitus.

stase. Contractions lentes qui aboutissent au pylore avec retard. On note une butée pylorique, puis la traversée pylorique se poursuit sans obstacle, mais avec des phénomènes de brassage. Parois souples.

2°) Radiographie.

On note un ulcère de la face postérieure de l'estomac, avec une grosse réaction œdémateuse.

P.-S. — Nous tenons à signaler que le diagnostic clinique d'ulcère postérieur a été trouvé et prévenu, nous avons assisté à sa confirmation radiologique.

OBSERVATION V (inédite)

Monsieur MONT.., 41 ans, agent d'assurance, vient consulter, le 5 Mai 1954, adressé par son Médecin pour des crises douloureuses de l'estomac survenant deux heures après les repas, à type de douleurs ténébrantes très profondes accompagnées de brûlures de l'estomac et de l'œsophage ; parfois surviennent des émissions de gaz qui « viennent brûler jusque dans la bouche ». Les nuits sont plus mauvaises que les jours, il dort mal.

En même temps que ces douleurs a commencé une perte de poids avec une grande asthénie. Le malade est indifférent à son travail et a même été obligé de l'interrompre. Il a aussi perdu l'appétit.

Examen :

Fatigué très amaigri.

— T.A. : 13 - 6.

— Région épigastrique légèrement douloureuse.

— App. pulmonaire : R.A.S.

Examen radiologique :

1°) Radioscopie.

Après une traversée œsophagienne normale, la bouillie barytée franchit facilement le cardia. L'estomac est distendu, hyperkinétique au début de l'examen, puis normal par la suite. Pas de liquide de stase. On note un accrochage de la bouillie barytée dans la partie supérieure de l'estomac. Les parois sont souples.

2°) Radiographie.

On note un ulcère haut situé de la paroi postérieure de l'estomac, et un ulcus marginal au niveau du genus supérius.

Le malade revient le 24 Juillet 1954 ; les radiographies de contrôle montrent la cicatrisation des niches ulcéreuses, des phénomènes d'œdème persistant encore.

Estomac en décubitus.

Estomac en décubitus.

OBSERVATION VI (inédite)

Madame NAZ.., 67 ans, vient consulter le 12 Mai 1956, envoyée par son Médecin, pour des troubles digestifs.

Vers la fin du mois d'Octobre, cette femme, qui n'avait jusque-là aucun passé digestif, si ce n'est des crises de coliques hépatiques caractérisées, a ressenti des douleurs intercostales à type névralgique, ayant leur maximum dans la région sous scapulaire droite ; des sensations de crampe avec « déchirure », et, après le repas, des ballonnements qui occasionnaient une gêne et des douleurs précordiales. Ces douleurs sont continues, avec exacerbation la nuit. Elle présente, en outre, des éructations sans régurgitation. L'état général de la malade est précocement atteint . Son Médecin consulté prescrit des plâtrages qui provoquent un léger soulagement.

Vers la Noël, ces troubles, sans avoir disparu, sont atténués, mais l'atteinte de l'état général reste toujours marquée.

Au mois de mars, elle ressent des crises d'aérophagie et des ballonnements post-prandiaux, légèrement soulagés par des éructations. La malade qui n'a jamais vomi, ne mange plus pour ne pas souffrir.

Son Médecin fait pratiquer une numération globulaire qui donne :

— hémoglobine.. .. .. 80 %
— globules rouges.. .. .. 3.200.000
— globules blancs.. .. .. 10.000

Il l'adresse alors pour un examen du tube digestif.

Examen.

Femme très amaigrie, très fatiguée.
— T.A. : 19 - 10, léger galop, roulement diastolique.
— App. pulmonaire : R.A.S.
— Hémiplégique.
— Murphy sensible.
— La palpation du creux épigastrique révèle une légère douleur.

Examen radiologique :

1°) Radioscopie :

Traversée œsophagienne normale ; cardia souple facilement franchi par la bouillie barytée ; estomac hypotonique, allongé, distendu ; pas de présence de liquide de stase ; contractions très lentes ; après une butée pylorique, la traversée duodénale se poursuit sans obs-

Estomac en décubitus.

tacle. On aperçoit constamment dans la région médio-gastrique une zone mal imprégnée. Parois souples.

2°) Radiographie.

On constate un ulcère de la face postérieure de l'estomac et une bulboduodénite réactionnelle.

— ———

OBSERVATION VII (inédite)

Madame NAR.., 77 ans, vient consulter le 26 Avril 1956 pour un syndrome aérophagique très important. Les crises d'aérophagie ont une répercussion douloureuse dans le dos et sont accompagnées de névralgie intercostale. Le début de la maladie se situe six semaines auparavant. La malade a ressenti à ce moment là une crise de gaz après les repas, survenant après l'absorption d'aliments liquides ou solides (légumes ou viande). Elle ressentait des ballonnements de l'estomac suivis quelques temps après d'éructations douloureuses qui la soulageaient.

Dès le début de ces crises a commencé un amaigrissement qui n'a cessé de s'accentuer (7 kgs en 6 semaines). La malade n'éprouve aucune anorexie, mais simplement la crainte d'absorber des aliments et de souffrir.

Cependant on ne constate ni vomissements ni constipation.

Examen :

Femme très fatiguée et amaigrie.

— T.A. : 11,5 - 6.

— Cœur : R.A.S.

— App. pulmonaire : R.A.S.

— La palpation du creux épigastrique révèle une véritable « polyalgie » abdominale.

Examen radiologique :

1°) Radioscopie.

Traversée œsophagienne normale. Le cardia se laisse facilement franchir par la bouillie barytée. L'estomac distendu et hypotonique présente une véritable striction médiogastrique, mais qui permet le libre passage de la bouillie barytée. Pas de liquide de stase. Contractions lentes. On note une déformation antro-bulbaire et une butée pylorique. Parois souples.

2°) Radiographie.

On note un ulcère de la face postérieure et une déformation antrale.

Estomac en décubitus.

Estomac en oblique trois-quarts.

OBSERVATION VIII (inédite)

Monsieur JOUR.., 64 ans, retraité de banque, vient consulter début Mai 1954 pour un syndrome douloureux précordial.

Depuis Juin 1952, il présente des douleurs à type de névralgie intercostale, avec sensation d'oppression ; ces douleurs prennent parfois l'allure de douleurs coronariennes mais ne sont jamais provoquées par l'effort. Il a d'emblée ressenti une sensation de réplétion gastrique, avec des ballonnements, et l'impression d'avoir des « gaz dans l'abdomen ». Les phénomènes sont constants sans périodicité ni horaire fixe. L'absorption d'aliments augmente ces douleurs et provoque des crises d'éructation. Le malade ne souffre jamais la nuit. L'amaigrissement est important.

En Juillet 1953, son Médecin le traite pour une coronarite et il est soumis à un traitement intensif à base d'inophyline.

En Septembre, on l'envoie consulter un cardiologue ; l'électrocardiogramme et la radiographie du cœur se révèlent négatifs.

Il quitte alors Bordeaux pour la campagne, puis, devant la persistance de l'amaigrissement, des crises d'éructation sans sialorrhée, et des lourdeurs précordiales, il vient consulter.

Examen :

Sujet amaigri et fatigué.

— T.A. : 10 - 5,5.

— App. pulmonaire : R.A.S.

— La palpation de l'abdomen révèle une douleur diffuse.

Examen radiologique :

1°) Radioscopie.

Traversée œsophagienne normale, cardia souple facilement franchi par la bouillie barytée. Estomac allongé, hyperkinétique ; pas de présence de liquide, de stase. Poche à air très importante ; contractions normales. Parois souples.

2°) Radiographie.

On note la présence d'un ulcère de la face postérieure avec un gros bourrelet d'œdème et une déformation antro-bulbaire, consécutive à la lésion postérieure.

Un traitement est alors institué.

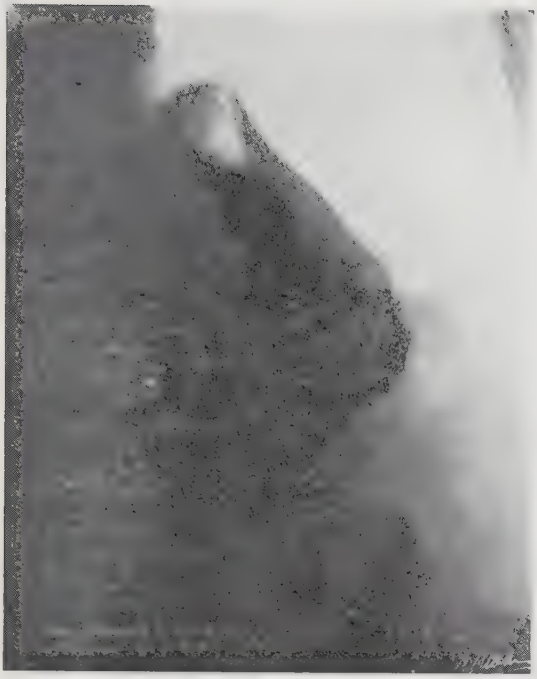
Le 7 Décembre 1954, le malade revient, tous ses troubles ont disparu.

1°) Radioscopie.

On note une amélioration du fonctionnement gastrique.

2°) Radiographie.

Les clichés montrent la disparition de la niche ulcéreuse. Il persiste encore des signes de gastrite et d'œdème.



Estomac en O.A.G.

Estomac en oblique trois-quarts.

OBSERVATION IX (inédite)

Madame LAB.., 42, ans, sans profession, vient consulter le 10 Avril 1954, envoyée par son Médecin.

Il y a environ quatre mois, elle consulte son Médecin traitant pour une sensation de plénitude gastrique et de gêne à la déglutition, gêne qu'elle situe à la hauteur de l'appendice xyphoïde mais sans dysphagie élective ; un traitement institué ne donne rien. Vers le début d'Avril, ces troubles ont pris alors l'aspect de crises aérophagiques ; elle ressent, en effet, des ballonnements post-prandiaux très importants de la région épigastrique, soulagés par des éructations rarement douloureuses. Elle éprouve une sensation de gêne précordiale et parfois des douleurs dans le dos, au niveau de la région sous-scapulaire droite, douleurs plus intenses la nuit que le jour. Mais elle souffre constamment, sans accalmie, sans périodicité. Un examen radiographique est alors décidé. Il portait, nous devons l'avouer, principalement sur l'œsophage.

Examen :

Femme très amaigrie, très fatiguée.

— T.A. : 12 - 6.

— Signes d'hyperthyroïdie.

— App. pulmonaire : R.A.S.

— Réflexes vifs.

— Appendicectomie et ovariectomie en 1952.

Examen radiologique :

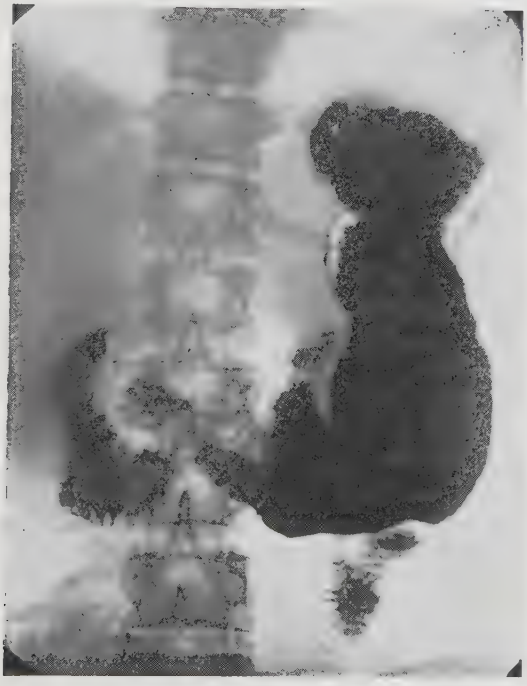
1°) Radioscopie.

L'œsophage est normal sur toute son étendue, absolument souple, avec des contractions normales. On note simplement une légère dépression aortique. Cardia souple ; estomac très allongé, poche à air importante. On note un accrochage constant de la bouillie barytée au niveau de la région médiogastrique. Butée et brassage pylorique.

2°) Radiographie.

On décèle la présence d'un ulcère de la face postérieure et une niche de la région post-pylorique à la base d'un mégabulbe.

Estomac en procubitus.



Estomac en décubitus.

OBSERVATION X (inédite)

Madame PRUD.., 47 ans, vient consulter le 29 Mai 1954, pour un amaigrissement très important, une perte de l'appétit, et une sensation de ballonnements après les repas, avec des éructations douloureuses. Le début de ce symptôme remonte à huit mois environ ; elle ressentit à ce moment là des « crises d'aérophagie » avec des douleurs vagues dans le thorax et un point plus précis dans la région sous-scapulaire droite qui fit soupçonner une atteinte vésiculaire ou rénale. Son Médecin fit pratiquer une cholécystographie qui révéla une vésicule atone, et une pyélographie par voie endoveineuse qui précisa l'intégrité rénale absolue. Un traitement à base de cholagogues et de cholérétiques se révéla inefficace et, devant la persistance de l'amaigrissement, avec perte des forces et la disparition de l'appétit, un examen radiographique fut décidé.

Examen :

Femme très fatiguée, très amaigrie.

— T.A. : 9,5 - 5,5.

— App. pulmonaire : R.A.S.

— Palpation abdominale muette.

— Pas de murphy, pas de Mac Burney.

Examen radiologique :

1°) Radioscopie.

Traversée œsophagienne lente ; on note un léger cardiospasme. Estomac hypotonique au début de l'examen ; poche à air très importante. Contractions lentes ; traversée pylorique normale.

2°) Radiographie.

On note la présence d'un ulcère de la face postérieure, avec une grosse réaction antro-bulbaire (méga-bulbe).

Après avoir suivi son traitement, le malade revient le 23 Septembre 1954 et on constate une très nette amélioration tant clinique que radiologique.

Estomac en décubitus terminal.

OBSERVATION XI (inédite)

Madame LAV.., 48 ans, est adressée par son Médecin pour des douleurs profondes sous-costales gauches, avec des irradiations dans le dos.

Au mois d'Août 1955, sont apparues brusquement des douleurs qui ont atteint d'emblée leur maximum et qui étaient influencées par le décubitus total. Elles étaient accompagnées d'une sensation de plénitude gastrique dès le début du repas, avec parfois des éructations qui soulageaient momentanément la malade. Incontestablement, les repas augmentaient les phénomènes douloureux, mais on ne notait aucun caractère de périodicité. En même temps est apparue une constipation opiniâtre.

Un mois environ après cet épisode douloureux, la malade a commencé à maigrir ; son appétit diminuait, elle ressentait une extrême fatigue, avec des modifications de son caractère.

Devant la persistance de ces douleurs à irradiations postérieures, de cette aérophagie, de cet amaigrissement mais sans hématémèse ni mœlena, son Médecin l'adresse pour un examen du tube digestif.

Examen :

Femme très amaigrie, très fatiguée.

— T.A. : 10 - 6.

— App. pulmonaire : R.A.S.

— Palpation abdominale muette.

Examen radiologique :

1°) Radioscopie.

Traversée œsophagienne normale. La bouillie barytée franchit facilement le cardia. Pas de présence de liquide de stase. Estomac distendu et allongé ; poche à air normale. Contractions normales ; parois souples. Mais on note la présence d'une biloculation gastrique avec une liberté entière du passage de la bouillie barytée.

2°) Radiographie.

Les clichés permettent de déceler la présence d'un ulcère de la face postérieure de l'estomac.

Le malade revient le 23 Février 1956 après avoir suivi son traitement. Les signes cliniques ont presque disparu.

Radioscopie :

Très nette amélioration du fonctionnement et de la statique gastrique.

Radiographie :

On note la disparition de la niche ulcéreuse ; il persiste encore des signes de gastrite et des phénomènes d'œdème.

Estomac en décubitus.

Estomac en oblique trois-quarts.

OBSERVATION XII (inédite)

Monsieur JOU.., 67 ans, boulanger, vient pour une consultation le 6 Février 1954, et prendre conseil sur l'opportunité d'une intervention chirurgicale décidée par son Médecin traitant. Il raconte l'histoire suivante :

Alors qu'il n'avait jamais souffert de l'estomac, il y a six ou huit mois environ sont apparues des douleurs gastriques vagues avec des crises d'aérophagie soulagées par des éructations et une sentation constante de réplétion gastrique. En même temps, il a commencé à maigrir et à se sentir fatigué ; il y a seulement trois mois, il ressentait des souffrances atroces, transfixiantes, du creux épigastrique jusque dans le dos, accompagnées d'une grande fatigue générale qui l'obligeait à rester sur place, plié en deux. Ces douleurs apparaissaient deux heures environ après les repas ; elles étaient exacerbées par la position de décubitus total, à tel point que le malade passait ses nuits debout, à marcher, pour ne pas accentuer ses douleurs. On décide alors un examen radiologique.

Examen :

Sujet très fatigué, très amaigri.

— T.A. : 11 - 7.

— App. pulmonaire : R.A.S.

— Douleur diffuse à la palpation épigastrique.

Examen radiologique :

1°) Radioscopie.

La traversée œsophagienne est très rapide ; cardia souple, estomac de type hypertonique sans présence de liquide de stase. La traversée duodénale est normale.

2°) Radiographie.

On note la présence de deux ulcères, l'un sous-cardial, l'autre postérieur et ténébrant vers le pancréas.

Un traitement est institué ; le malade revient le 18 Mai 1954 ; un nouvel examen radiologique montre à la scopie une amélioration du fonctionnement gastrique et la lecture des clichés révèle la disparition des deux niches ulcéreuses. Seuls persistent encore à leur niveau des phénomènes d'œdème et, d'une façon générale, la gastrite et une bulbo-duodénite.

Estomac en décubitus.

Estomac en procubitus.

OBSERVATION XIII (inédite)

Monsieur COLON.., 57 ans, comptable, fait appeler d'urgence en Septembre 1952 pour une hématémèse survenant spontanément sans prodromes douloureux après une courte syncope alors qu'il venait de se lever, le matin.

Depuis plusieurs mois, il ressentait des brûlures d'estomac, ainsi qu'un état nauséeux ; il avait beaucoup maigri sans raisons apparentes. Il présentait une diminution de l'appétit sans anorexie élective.

Un traitement anti-hémorragique est alors institué ainsi qu'un traitement anti-ulcéreux d'épreuve.

L'hématémèse s'arrête et, pendant le mois qui suit, apparaissent des brûlures constantes avec la sensation d'avoir l'estomac rempli de gaz dès qu'il avale, ainsi qu'un ballonnement important suivi d'éructations.

On pratique un examen radiologique.

Examen radiologique :

1°) Radioscopie.

La traversée œsophagienne est rapide ; le cardia est souple facilement rempli par la bouillie barytée, mais on note un cardiospasme. Estomac de type hypertonique, présence de liquide de stase en petite quantité. Les contractions sont normales. Le franchissement du pylore est difficile ; la bouillie stagne au niveau du D 2 et du génu-supérius. On constate des phénomènes de brassage. La palpation des parois de l'estomac sous écran ne décèle aucun point douloureux ; parois souples.

2°) Radiographie.

On note une déformation de la région antrale témoignant d'un ulcère postérieur, ainsi que des signes de bulbite et de duodénite.

Le traitement anti-ulcéreux est poursuivi et actuellement le malade ne ressent plus aucun trouble.

Estomac en décubitus.

Estomac en procubitus.

OBSERVATION XIV (inédite)

Madame CAST.., 52 ans, commerçante, vient consulter le 9 Juin 1956 pour des crises gastriques douloureuses avec atteinte importante de l'état général et une asthénie profonde. Ces troubles récents apparus au début de l'année, sont caractérisés par des douleurs en ceinture à renforcement sous-scapulaire droit ; elle souffre constamment, sans périodicité, et semble légèrement soulagée lorsque son estomac « est débarrassé de son air ». Certaines de ses éructations entraînent un filet d'acidité dans la bouche. Ces douleurs sont apparues dans un état de bonne santé apparente, mais la malade signale qu'il y a dix ans, elle avait été traitée pour des brûlures d'estomac. Les douleurs sont accentuées lorsqu'elle est sur le dos, alors qu'elles sont calmées lorsqu'elle est assise sur son lit. Elle a beaucoup maigri : 9 kilos en deux mois.

Examen :

Femme amaigrie, très fatiguée.
— T.A. : 17 - 8, signes d'aortite.
— App. pulmonaire : R.A.S.
— Hyperréflexivité.
— Clapotis gastrique à l'examen.

Examen radiologique :

1°) Radioscopie.

Traversée œsophagienne normale ; cardia souple ; estomac avec une grosse poche à air qui se vide sous nos yeux. Pas de liquide de stase. Les parois sont souples.

2°) Radiographie.

On note un ulcère de la face postérieure de l'estomac et une bulbo-duodénite ulcéreuse.

Estomac en décubitus.

OBSERVATION XV (inédite)

Mademoiselle SYM.., 74 ans, vient consulter le 3 Décembre 1953 pour une histoire gastrique remontant à plusieurs mois. Jusqu'au mois de Mars 1953, elle n'avait jamais eu à compter avec son appareil digestif, si ce n'est une constipation chronique. Au mois de Mars, sans raison apparente, s'installe un état aérophagique. La malade « ne sent jamais son estomac complètement vide », et, dès qu'elle absorbe des aliments, elle est prise de ballonnements, soulagée parfois par des éructations. Signalons que ces troubles aérophagiques sont exagérés la nuit, et ne laissent aucune accalmie à la malade. Dès l'apparition de ces troubles s'installe une perte de poids et un déclin des forces très important. Elle a, en effet, maigri de 13 kilos, et c'est dans un état presque cachectique qu'elle vient consulter.

Examen :

Femme très fatiguée, très amaigrie.

— T.A. : 10 - 8.

— App. pulmonaire : R.A.S.

Examen radiologique :

1°) Radioscopie.

Traversée œsophagienne très rapide. La bouillie barytée franchit un cardia souple et arrive dans un estomac hypotonique très allongé mais sans liquide de stase.

2°) Radiographie.

On décèle la présence d'un ulcère de la face postérieure de l'estomac.

La malade revient le 20 Mai 1954 ; elle est très améliorée au point de vue clinique et radiologique.

Estomac en décubitus.

Nous présentons maintenant deux observations d'ulcère de la face postérieure siégeant sur un estomac gastrectomisé. Certains pourrant arguer qu'il s'agit là de cas particuliers. Nous allons voir que nous y retrouvons les mêmes symptômes que précédemment. Il ne s'agit pas, en effet, d'ulcères peptiques, ni d'estomacs présentant des lésions de stomite.

OBSERVATION XVI (inédite)

Monsieur GALIN.., 69 ans, ayant subi une gastrectomie à minima en 1938 pour un ulcère de la région antrale après une très forte hématémèse, après un intervalle libre remarquable, a ressenti en Septembre 1955 une sensation de pesanteur, de ballonnement et de plénitude gastrique constante, ces troubles étant exagérés par le repas.

Il n'avait jamais l'impression d'avoir l'estomac libre dans la journée. Seules quelques éructations post-prandiales le soulageaient un peu. Il prit de lui-même quelques calmants gastriques, mais il vomissait, n'avait plus d'appétit et avait maigri de 6 kilos.

Fin Octobre, il présenta un épisode fébrile avec sub-ictère très léger qui fit craindre une histoire pancréatique. Mais la température céda aux antibiotiques et à la septicémine intra-veineuse. Un examen radiologique fut alors pratiqué.

Examen radiologique :

1°) Radioscopie.

La bouillie barytée traverse un œsophage normal, pénètre dans un estomac gastrectomisé et traverse normalement la bouche.

2°) Radiographie.

On note une gastrite hypertrophique et un ulcère de la face postérieure de l'estomac.

Estomac en décubitus.

Estomac en procubitus.

OBSERVATION XVII (inédite)

Monsieur GAL.., 74 ans, retraité, gastrectomisé en 1949 pour ulcère de l'estomac, fin Avril 1956 a commencé à éprouver une sensation de gêne gastrique « dans le haut de son estomac », mais sans dysphagie. Il éprouvait aussi une sensation de plénitude gastrique immédiate : « les aliments ne descendaient pas », ainsi que des ballonnements importants dès l'absorption d'aliments liquides ou solides. En même temps, il a commencé à maigrir.

Vers le 10 Juin, il vomit plusieur fois une sorte de liquide glaireux avec du sang rouge ; il consulte alors son Médecin qui l'adresse pour examen le 16 Juin 1956.

Examen :

Sujet amaigri, fatigué.

— T.A. : 11 - 7.

— App. pulmonaire : R.A.S.

— Examen physique négatif.

— Cicatrice de gastrectomie.

Examen radiologique :

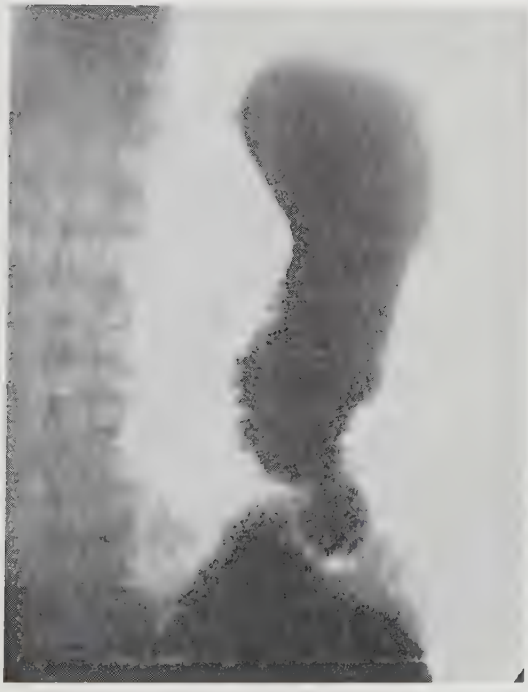
1°) Radioscopie.

La bouillie barytée progresse normalement dans l'œsophage et franchit un cardia souple. On note une ébauche de méga œsophage. Estomac gastrectomisé ; la bouillie barytée pénètre normalement dans l'anse jéjunale, après avoir traversé la bouche d'entérostomie.

2°) Radiographie.

On décèle la présence d'un ulcère de la face postérieure de l'estomac haut situé.

Estomac en décubitus.



Estomac en procubitus.

VIII

REMARQUES CLINIQUES

L'étude de ces quelques observations, prises uniquement en clientèle particulière, c'est-à-dire, composée de malades se rencontrant tous les jours et non pas de ces cas avancés ou spéciaux que l'on voit en clientèle d'hôpital, permet de noter certaines particularités cliniques.

Classiquement en effet, le syndrôme maître et presque unique de la maladie ulcéreuse est la douleur cyclique survenant par périodes de même durée avec toujours les mêmes caractères chez un même malade, de siège épigastrique avec irradiation dorsale ou thoracique apparaissant plus ou moins tardivement, calmée par l'ingestion d'aliments ou d'alcalins, évoluant par périodes de trois semaines environ séparées par des intervalles de rémission complète d'une durée de plusieurs mois.

L'ulcère de la face postérieure peut survenir à tous les âges, mais il est rare cependant avant vingt ans, et se rencontre plus fréquemment après quarante ans. Il semble d'autre part se manifester davantage chez la femme que chez l'homme. Comme toujours, en gastro-entérologie, un interrogatoire minutieux et fouillé doit nous permettre de soupçonner cette localisation. Il nous semble, en effet, qu'il faille envisager deux périodes dans l'évolution de la maladie :

— une première période, faite de troubles dyspeptiques, apparemment vagues ;

— une seconde période, caractérisée par des douleurs intenses.

PREMIERE PERIODE :

Du point de vue fonctionnel, le principal symptôme est ce que les malades appellent leur « crise d'aérophagie ». Assez vite après les repas apparaît une impression de plénitude gastrique, de ballonnement, de gonflement épigastrique abdominal et thoracique même. Il semble au malade qu'il est gonflé de gaz ; il a l'impression d'être comprimé ; puis, au bout d'un certain temps, apparaissent des éructations qui le soulagent. Ces éructations sont en général douloureuses, mais ne sont jamais accompagnées de sialorrhées ou de régurgitations acqueuses ou solides, Rappelons que l'aérophagie, au sens médical du mot, est le fait d'avaler de l'air en dehors des aliments et, par conséquent, est un syndrome dynamique, alors que l'aérogastrie est la présence d'air dans l'estomac, donc un syndrome statique.

On trouve ainsi, réunis dans cette localisation, plusieurs facteurs pouvant engendrer cette aérophagie : en tout premier lieu, la lésion elle-même et la gastrite tout autour d'elle. Moutier et Cornet ont signalé cette véritable intolérance à l'air que l'on rencontre chez de tels estomacs, intolérance due à une excitabilité particulière de la zone réflexogène sous-cardiale.

On explique dès lors les éructations pénibles de ces malades et le soulagement momentané qui en résulte.

L'aérophagie peut aussi traduire une anomalie de la région du cardia (spasme ou élirement). Or, nous l'avons vu, il existe parfois un méga œsophage réactionnel dans les ulcères postérieurs, ainsi que des adhérences qui modifient la topographie, irritant ou étirant la zone périorificielle. Ainsi se trouvent réunies une cause fonctionnelle et une cause organique de cette atteinte cardiale. L'aérophagie se rencontre enfin dans

les états avec déséquilibre neuro-végétatif, dystonie à type hypervagotonique. Or, nous connaissons les relations de voisinage direct de la face postérieure de l'estomac avec les filets du pneumogastrique. On doit noter, d'autre part, que l'on rencontre rarement une poche à air importante chez les malades présentant de nombreuses éructations, alors qu'elle est plus volumineuse chez ceux qui n'ont pas de renvois gazeux.

La douleur a généralement un caractère atypique. Ce n'est pas la douleur franche de l'ulcère gastrique, mais une sensation de pesanteur, de gêne épigastrique, de réplétion gastrique. Son intensité, bien que variable, est souvent faible, mais constante. Il est certain que le malade est davantage gêné après les repas, mais il n'y a pas d'horaire fixe ni de périodicité, la douleur n'est pas rythmée par le repas.

L'ulcéreux postérieur souffre ou plutôt est géné constamment, et il n'y a pas, d'autre part, de période d'accalmie.

Dans toutes nos observations, les malades situent exactement le début de leurs troubles (ce qui permet le diagnostic différentiel avec les états dyspeptiques présentant, en partie, une similitude de symptômatologie) et soulignent leur constance depuis cette date. Il faut aussi noter que l'intensité de la douleur est accrue en position de décubitus dorsal.

Le siège des douleurs est très souvent trompeur : thoracique, avec des irradiations précordiales (faisant penser à des phénomènes d'angor pectoris) ; phréniques ; dorsales : un grand nombre de ces malades sont traités pour arthrose dorsale.

Le plus souvent rencontré, à notre avis, est le type névralgie intercostale avec irradiations sous-scapulaire droite, faisant penser parfois à une histoire vésiculaire ou rénale. Signalons, à propos de l'intensité des douleurs de l'ulcère postérieur, que Moutier notait déjà en 1938, que « les ulcères haut situés « sur les faces de l'estomac sont peu douloureux, parfois « même indolores, que l'évolution des lésions géantes n'est « marquée que par des troubles légers et il est remarquable

« de pouvoir opposer la tolérance prolongée de l'estomac « envers des lésions exceptionnellement étendues à son into- « lérance pour les petites ». Or, pour la plupart, il s'agit ici de grosses lésions. Notons que nous avons souvent rencontré un ulcère postérieur, associé à un ulcère d'une autre partie de l'estomac et que l'on retrouvait toujours la symptômatologie particulière énoncée ci-dessus qui était le plus souvent prépondérante.

L'état général de ces malades est toujours très atteint. En même temps que le premier symtôme fonctionnel, commence un amaigrissement continu qui va en s'aggravant, amaigrissement important et rapide, vraisemblablement par atteinte du pancréas, fonctionnelle au début, puis organique après un certain temps. De plus, contrairement à ce qui se passe dans les ulcères classiques où les douleurs sont calmées par les aliments, l'alimentation aggrave au contraire les douleurs dans les ulcères de la face postérieure, et ainsi le malade en arrive à ne plus s'alimenter pour ne plus souffrir, accentuant par là son amaigrissement. Soulignons cependant que les malades ne présentent pas d'anorexie élective ni de répulsion, mais ils ne mangent pas pour ne plus augmenter leurs souffrances, et d'ailleurs leur appétit est très fortement diminué. Il n'est pas rare de voir un malade porteur d'un ulcère de la face postérieure traité en milieu psychiatrique pour anorexie mentale. L'amaigrissement et ce fond de gêne douloureuse diffuse entraînent une grande asthénie et une extrême lassitude chez ces sujets, avec perte de forces et incapacité d'accomplir un travail suivi.

L'examen physique, en dehors des stigmates d'asthénie et d'amaigrissement, est assez pauvre. La palpation épigastrique réveille en général un léger endolorissement diffus et très haut situé. On peut, parfois, déceler un léger ballonnement post-prandial très fugace et encore ne le trouve-t-on pas chez tous les malades. Au point de vue équilibre nerveux, on est souvent en présence, comme chez tous les malades du tube

digestif, d'une dystonie neuro-végétative, dans laquelle il faut faire la part du fonctionnel et de l'organique.

DEUXIEME PERIODE :

On rencontre les ulcéreux postérieurs à ce stade lorsque les troubles du début n'ont pas été pris en considération, ou lorsqu'une technique radiologique défectueuse n'a pas permis de révéler la lésion. L'ulcère est, en général, à ce stade, perforé, bouché ; ou bien il a subi une transformation calleuse et contracte de nombreuses adhérences avec les organes voisins, formant une périviscérite postérieure.

Les symptômes ont alors changé de caractère. Nous pouvons dire, avec Gutman, que « le syndrome périviscéral tend « de plus en plus à étouffer le caractère individuel de la mala- « die causale sous sa symptômatologie propre : toujours la « même ».

La traduction clinique de ces phénomènes est un état général encore plus atteint ; le sujet est dénutri, irritable, insomnique et surtout ici, dans cette localisation, du fait de la proximité du plexus solaire et des contacts irritants étroits contractés avec lui, les troubles nerveux sont exagérés. Le sujet souffre en permanence d'une douleur profonde, intense, ténébrante, atroce même, nécessitant de la morphine et y résistant même parfois, acquérant par là tous les aspects de la douleur solaire. De tels états sont devenus plus rares de nos jours avec l'extension de l'examen radiologique et doivent encore diminuer à mesure qu'une technique rigoureuse est appliquée.

Il nous faut maintenant aborder les ulcères postérieurs à cheval sur la petite courbure de l'estomac. Dans tous les travaux effectués au sujet de cette localisation, ne sont considérés comme ulcères postérieurs que les lésions siégeant à plus de deux centimètres de la petite courbure. Tout récemment encore Hillemand a écrit : « On doit réserver ce nom aux ulcè-

« res situés en pleine face postérieure et qui ne se manifes-
« tent sur des clichés pris de face par aucune image en sail-
« lie ». Rappelons que nous nous sommes toujours placé ici au point de vue clinique ; aussi faut-il noter que certains des ulcères empiétant plus ou moins sur la petite courbure possèdent la symptômatologie particulière décrite ici ; d'autres ont une traduction ulcéreuse classique.

Nous croyons pouvoir tenter d'expliquer cela de la manière suivante : les ulcères qui sont tout d'abord apparus sur la petite courbure et se sont, par la suite, étendus sur son versant postérieur, possèdent une symptômatologie classique ; tandis que les ulcères dont la première atteinte a porté sur le versant postérieur et qui se sont, par la suite, étendus à la petite courbure, possèdent, tout au moins au début, une symptômatologie particulière et peuvent ultérieurement prendre le type ulcéreux classique. Il est certain que les uns ou les autres ne sont jamais, tant au point de vue topographie anatomique que clinique, des ulcères typiques. Mais leur diagnostic doit être fait. S'ils sont typiques il est facile cliniquement et radiologiquement ; s'ils sont atypiques, un examen radiologique minutieux s'impose. De même que devant tout syndrome ulcéreux clinique, il faut considérer la lésion comme sûre et multiplier les examens radiologiques pour la prouver, la clinique guidant la radiologie, de même, devant les troubles évoqués à propos des ulcères postérieurs, il faut pratiquer un examen radioscopique minutieux et prendre des clichés qui évoquent quelque chose et non pas de simples photographies, afin de prouver la lésion soupçonnée.

L'esprit clinique doit toujours présider à l'examen radiologique.

Nous rappellerons enfin, pour terminer, que ces ulcères de la face postérieure de l'estomac réagissent très bien aux traitements anti-ulcéreux actuels et que, par un traitement médical bien conduit et énergique, en général à base de protéinothérapie, on aboutit à la guérison clinique et radiologique de ces ulcères.

Le traitement chirurgical doit être réservé aux ulcères qui ne guérissent pas, aux ulcères calleux anciens, et aux lésions qui, bien que traitées, continuent à donner des accidents (hémorragie). Le chirurgien est alors seul juge du genre d'opération à pratiquer, suivant le siège de la lésion.

VIII

CONCLUSIONS

I. — Ne sont normalement considérés comme ulcères de la face postérieure que les lésions siégeant en pleine face postérieure et ne se révélant pas sur un cliché de face par une image d'addition. Le diagnostic radiologique en est délicat et, un cliché en oblique antérieur droit et surtout en décubitus doit toujours être tiré. L'étude de l'évacuation gastrique est, aussi, riche d'enseignements.

II. — Au point de vue clinique, nous considérons :

— comme ulcères de la petite courbure, les lésions à cheval sur la petite courbure et la face postérieure de l'estomac qui présentent le syndrome ulcéreux classique ;

— comme ulcères de la face postérieure, les ulcères du versant postérieur de la petite courbure présentant comme les lésions siégeant en pleine face postérieure un syndrome composé d'une sensation de plénitude gastrique avec des ballonnements soulagés par des éructations revêtant parfois un caractère douloureux, par un endolorissement continu sans périodicité ni horaire fixe. Ces douleurs étant d'autre part accentuées par le décubitus dorsal. L'état général est toujours très atteint et si le sujet n'est pas traité, il s'installe une période douloureuse atroce rappelant le syndrome solaire.

III. — Ces ulcères doivent être traités médicalement. Ils guérissent parfaitement, mais nécessitent un traitement pro-

longé de huit à dix mois. L'acte chirurgical ne doit être réservé que pour les anciens ulcères perforés, évoluant depuis de nombreuses années et présentant des adhérences serrées avec les organes voisins, ou, plus exactement, à toutes les lésions ne répondant pas au traitement médical.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VU :

Bordeaux, le 26 Juin 1956.

Le Doyen :

R. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER.

Le Président,

E. AUBERTIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 28 Juin 1956.

Le Recteur,

E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

ALBRECHT. — Ueber der Hinterwandgeschwüse des Magen.
Communication au Congrès de la Société Allemande de Roentgen, Berlin, 27-29 Avril 1930, résumé et publié dans Roentgen praxis, 1930, p. 534).

BAUMEL et GODLEWSKI. — Les signes radiologiques de perforation couverte des ulcères gastriques dans le pancréas.
In archives des maladies digestives et de la nutrition. n° 11, Novembre 1952, p. 1090.

BERNARD. — L'ulcère de la face postérieure de l'estomac.
Journal des Sciences Médicales de Lille, 14 Octobre 1934, pp. 374-378.

BERNARD. — L'ulcère gastrique est une lésion locale, manifestation locale d'une loi de pathologie générale sympathique.
In archives des maladies digestives et de la nutrition. Novembre 1953, p. 1217 .

BERNARD. — Confrontation des ulcères expérimentaux et humains.
In archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. Novembre 1953, p. 1260.

BERNARD. — Sur l'autodigestion de l'ulcère gastroduodénal.
In archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. Mai 1954, n° 5, p. 545.

BONNET. — L'ulcère de la face postérieure de l'estomac.
Thèse, Lyon, 1944.

BRULE, GILBRIN, VIGUIE et CAMUS. — Hématémèses foudroyantes au cours d'ulcères de la face postérieure de l'estomac.
Bulletin de l'Académie de Médecine. Séance du 22 Mai 1945, pp. 328-330, n°s 19-20-21.

CHAPUY et JEUNE. — Ulcères de la face postérieure de l'estomac à symptômatologie atypique.

Société Médicale des Hôpitaux de Lyon. Séance du 17 Novembre 1936. In Journal de Médecine de Lyon, n° **409**, 20 Janvier 1937.

CHAVANAZ et CHENUT. — Vaste ulcère de la face postérieure de l'estomac.

Journal de Médecine de Bordeaux, 23 Novembre 1923, p. 959.

CHAUMERLIAC et Mme LATAIX. — Sur un ulcère géant de la face postérieure de l'estomac.

In archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition, n° **4**, Avril 1951, p. 478.

CONNES. — Ulcère perforé de la face postérieure de l'estomac. Société de Médecine d'Alep. Séance du 24 Janvier 1933.

In Marseille Médical, 1933, p. 319, tome II.

CORNET. — Aérophagie, aérogastrie.

In Encyclopédie médico - chirurgicale, estomac - intestin, tome I, 9014 C 10.

Remarques sur les ulcères haut situés des faces et de la grosse tubérosité.

Thèse, Lyon, 1943.

CORSERI. — Aspect radiologique des perforations gastro-duodénales « ouvertes et fermées ».

In Journal de Radiologie, 1936, p. 52.

COTTENOT et CHERIGIE : Ulcères volumineux de la face postérieure de l'estomac.

Journal de radiologie et d'électrologie. 1942-1943, p. 140.

DENECKER. — Contribution à l'étude des ulcères de la face postérieure de l'estomac.

Thèse, Lille, 1947.

DUCUING et MARQUES. — Remarques sur deux observations d'ulcères de la face postérieure de l'estomac.

Société de chirurgie de Toulouse. Séance du 28 Juin 1937. In cahier de radiologie, 15 Février 1938, p. 353.

ETCHEVERRIGARAY. — Contribution à l'étude des ulcères de la face postérieure de l'estomac.

Thèse, Bordeaux, 1945.

GATELIER et BILLET. — Ulcères gastro-duodénaux.

In encyclopédie médico - chirurgicale. Tome I, pp. 9021 et 9023.

GLEIZE, RAMBAL, HENRY, LENOIR, VEYRON, PAYAN, BERNARD, BERTHET. — Un cas de perforation silencieuse de l'estomac par ulcère.

In archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition, n° 11, Novembre 1952, p. 1091.

GOGNIAUX. — Le développement presque exclusif des ulcères gastriques au milieu de glandes à mucus.

In Presse Médicale, 1929, n° **36**, p. 589.

GUTMAN. — Les syndromes douloureux de la région épigastrique. 1940, Tome I.

GUTMAN. — Les éléments de diagnostic entre le cancer ulcériforme et l'ulcère vrai.

In Bulletin et Mémoire de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 23 Décembre 1932, pp. 1696-1703.

GUTMAN. — Le problème de l'ulcéro-cancer dans la pratique.

In Monde Médical, 15 Février 1955, p. 95.

HEULLY, LOCHARD et HALCK. — Quelques considérations actuelles sur les hémorragies des ulcères gastro-duodénaux.

In archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition, n° **5**, Mai 1951, p. 588.

HILLEMAND. — Maladies de l'estomac, de l'œsophage et du duodenum.

Collection médico-chirurgicale.

HILLEMAND, CHERIGIE, ANDOLYS. — Ulcères géants de la face postérieure de l'estomac.

In Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 15 Mai 1942, p. 181.

HILLEMAND (P.) et HILLEMAND (B.). — Les ulcères de la face postérieure de l'estomac.

Presse Médicale, 7 Mars 1956, **64**, n° 19, 1-4, 14 fig. (Atlas radiol. clin.).

HILLEMAND, Mlle MONTALAND et Mlle MOUFLARD. — Les ulcères de la face postérieure de l'estomac.

Société de gastro-entérologie de Paris, 7 Juin 1943. In Presse Médicale, n° **32**, 28 Août 1943, p. 471.

LEDOUX, LEBRARD et GARCIA CALDERON. — L'ulcère de la face postérieure de l'estomac et son diagnostic radiologique.

In Presse Médicale, 24 Avril 1937, p. 628.

LEDOUX, LEBRARD, GARCIA CALDERON et NEMOURS-AUGUSTE. — L'ulcère géant de l'estomac à forme pseudo-tumorale et son diagnostic radiologique.

In archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition, 1942, nos 3-4-5, p. 181.

LEMAIRE et AUSSENAIRE. — Les ulcères gastriques.

In Traité de Médecine, tome III.

LEURAT, BONNET, EYMARD, MOINDROT. — Nouvelle observation d'ulcère de la face postérieure de l'estomac.

In Presse Médicale, 1945, n° **34**, p. 459.

LEURAT, BRETTE et RICHARD. — Les ulcères gastro-duodénaux d'étiologie ou pathogénie connus chez l'homme.

In archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition, n° **4**, 1953, page 532.

MALVEZIN. — L'ulcère haut situé de la face postérieure de l'estomac.

Thèse, Paris, 1938.

MATTEI. — Ulcère de la face postérieure de l'estomac.

In Journal Médical pratique, p. 1649, tome II.

MEEROFF. — Etat actuel du traitement de l'ulcère gastro-duodénal.

In Presse Médicale Argentine, Buenos-Ayres, volume 42, n° **34**, 1955, pp. 2642-2649.

MONDOR. — Diagnostics urgents.

MONGE et GASSIN. — Ulcère de la face postérieure de l'estomac associé à un cancer de l'antre pylorique.

Comité Médical des Bouches-du-Rhône. In Presse Médicale, n° 16, 11 Novembre 1944, p. 253.

MOUTIER. — Traité de gastrectopie.

MOUTIER. — Aspect endoscopique de l'ulcère gastrique au moment des crises douloureuses.

Socité de gastro-entérologie de Paris, 11 Juillet 1938. In archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition, 1938, p. 852.

MOUTIER, HILLEMAND, NEMOURS-AUGUSTE. — Ulcères de l'estomac invisibles à la radiographie et visibles à la gastroscopie.

In archives des maladies de l'appareil digestif. Tome 32, nos **9-10**, 1943, p. 247.

NEMOURS-AUGUSTE. — Les niches gastriques de face.
Bulletin et mémoires de la Société de radiologie médicale de France, 8 Mai 1934, p. 255.

NEMOURS-AUGUSTE. — Sur un cas de double ulcère de la face postérieure de l'estomac.
Société d'électro-radiologie médicale de France, 8 Juin 1946, In Presse Médicale, 17 Juin 1944, p. 184.

NEMOURS-AUGUSTE. — A propos du Ménisque de Carman.
In Journal de Radiologie et d'Electrologie, Tome 26, n° 1-2, 1944-1945, p. 26.

NOUVEAU TRAITE DE MEDECINE. — L'ulcère de Cruvellier.

PATHOLOGIE MEDICALE. — Masson, Edit.

PARCELLIER. — Deux observations d'ulcères de la face postérieure de l'estomac « couvert par le pancréas ».
In Journal de Médecine de Bordeaux, 1922, p. 120.

PESCATORI. — Exploration radiologique de l'ulcère situé sur la paroi postérieure de l'estomac.
La Radio Médicale, Avril 1927, p. 655.

PINKE. — Ulcère de la paroi postérieure et voisin du cardia du corps gastrique.
In Roentgen praxis, Octobre 1935, n° 10, pp. 656-664.

ROUX (J.). — Trois cas d'ulcère de la face postérieure de l'estomac. Intérêt du cliché terminal debout, en couche mince.
J. Radiol. Electrol., 1946, n° 11-12, 537-539.

SAVIGNAC. — La localisation extra-épigastrique et la douleur de l'ulcère gastro-duodénal.
In archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition, 1937, pp. 1451-1752.

SAVY, FROMENT, CHAPUY, JEUNE. — Anomalie de la douleur de l'ulcère gastro-duodénal.
In Presse Médicale, n° 32, 21 Avril 1937.

TESTUT et JACOB. — Traité d'anatomie topographique.

TESTUT et LATARJET. — Traité d'anatomie humaine.

ZAHAR. — La sécrétion chlorhydrique dans les ulcères gastriques et duodénaux.
Mémoire pour le titre d'assistant étranger.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION. 9

HISTORIQUE. 11

RAPPEL D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE 13

ANATOMIE PATHOLOGIQUE 15

QUELQUES NOTIONS DE RADIOLOGIE.. 19

OBSERVATIONS. 23

REMARQUES CLINIQUES.. 63

CONCLUSIONS 71

BIBLIOGRAPHIE. 73

Imprimerie E. TAFFARD, 6, Rue Métivier, BORDEAUX